UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 24

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# NÉPHRITES DE GUERRE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 22 Décembre 1920**

PAR

Alexandre ROSENBERG

Né à Poltawa (Russie), le 5 avril 1882

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
MÉDAILLE D'HONNEUR D'ÉPIDÉMIE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

VEDEL, professeur, *Président.*
DUCAMP, professeur.
LEENHARDT agrégé. } *Assesseurs.*
RIMBAUD, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# NÉPHRITES DE GUERRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 24

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# NÉPHRITES DE GUERRE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 22 Décembre 1920**

PAR

Alexandre ROSENBERG

Né à Poltawa (Russie), le 5 avril 1882

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
MÉDAILLE D'HONNEUR D'ÉPIDÉMIE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

| | | |
|---|---|---|
| **Examinateurs de la Thèse** | VEDEL, professeur, *Président.* | |
| | DUCAMP, professeur. | *Assesseurs.* |
| | LEENHARDT agrégé. | |
| | RIMBAUD, agrégé. | |

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1920

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Anatomie | MM. GILIS. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Physiologie | HEDON. |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Chimie biologique et médicale | DERRIEN, *doyen.* |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Anatomie pathologique | MASSABUAU. |
| Microbiologie | LISBONNE. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOSC. |
| Pathologie interne | N... |
| Thérapeutique et matière médicale | VIRES. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H.) |
| Médecine légale et toxicologie | N... |
| Clinique médicale | DUCAMP. VEDEL. |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT. FORGUE, *assesseur.* |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET. |
| Clinique ophtalmologique | TRUC. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ESTOR. |
| Clinique gynécologique | DE ROUVILLE. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET. |

## Honorariat

*Doyens honoraires:* MM. VIALLETON et MAIRET.

*Professeur honoraire:* M. E. BERTIN-SANS.

*Secrétaires honoraires :* MM. GOT et IZARD.

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique des maladies des voies urinaires | MM. JEANBRAU. |
| Clinique propédeutique de chirurgie | RICHE. |
| Clinique propédeutique de médecine | RIMBAUD. |
| Clinique des maladies des vieillards | EUZIERE. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | N... |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN. |
| Pathologie chirurgicale | ETIENNE. |
| Accouchements | DELMAS (P.). |
| Pharmacologie | GALAVIELLE. |
| Stomatologie | WATON. |

## Agrégés en exercice

| | | | |
|---|---|---|---|
| Médecine | MM. LEENHARDT. GAUSSEL. EUZIERE. RIMBAUD. MARGAROT. | Chirurgie | MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE. |
| Anatomie | DELMAS (J.) | Histoire natur. | GALAVIELLE CABANNES. |
| Histologie | GRYNFELTT | Chimie | MESTREZAT |
| | | Physique | STROHL. |

## Examinateurs de la thèse:

MM. VEDEL professeur, *président.* | MM. LEENHARDT, agrégé.
DUCAMP, professeur. | RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

MADAME FLORA ROSENBERG

AVOCATE A SHANGHAI

*Dont l'affection et l'énergie on toujours été pour nous le plus précieux des adjuvants.*

A. ROSENBERG.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

*Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

MEIS ET AMICIS

A. ROSENBERG.

A MONSIEUR LE MÉDECIN INSPECTEUR COSTE

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DU 10e C. A.

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a honoré de son amicale confiance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. FOLLET

DOYEN DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour la bienveillante sympathie qu'il nous a toujours témoignée.*

A. ROSENBERG.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

# NÉPHRITES DE GUERRE

## INTRODUCTION ET HISTORIQUE

*A priori,* il paraît assez anormal d'intituler un travail: « Les néphrites de guerre ». On voit mal en effet comment ces néphrites peuvent être considérées comme des entités nosologiques distinctes. Aussi une définition s'impose-t-elle:

Les néphrites de guerre peuvent être définies de la manière suivante: « Ce sont des néphrites idiopathiques dont le début a été constaté chez des militaires appartenant aux troupes en campagne, néphrites dont la genèse peut vraisemblablement être reliée aux conditions générales dans lesquelles vivent ces troupes ».

Dès la fin de 1915, le Corps médical des troupes anglaises, signala le premier la fréquence des néphrites aiguës sur les divers fronts de combat. Remarquons en passant, que cette constatation confirme la prédisposition, en quelque sorte nationale, déjà observée en temps de paix, du peuple anglais pour les affections rénales.

En mars 1916, la Société royale de médecine mit à l'or-

dre du jour la « trench nephritis » ou néphrite des tranchées. C'est alors que furent publiées de nombreuses observations dues à MM. Abercrombie, Bradford, Langdon-Brow, Andrewes, W. Osler, Mackensie, Wallès. Tous ces auteurs considèrent cette affection comme suffisamment caractérisée pour en faire une entité morbide spéciale.

Tandis que les médecins anglais s'occupaient de la question, en Allemagne et en Autriche, la question des néphrites aiguës de guerre fait l'objet des nombreuses publications de Pick, Albee et Schlesinger, Schneyer, Jungmann, Chiari, Herxheimer. Tous ces auteurs concluent également que la néphrite de guerre est une affection rénale bien individualisée.

En Italie, la question fut aussi étudiée. Le professeur F. Gingin a publié dans le journal *Il Policlinico,* un travail très complet. Le même numéro de ce journal contient un mémoire de F. Silvestri. Cet auteur refuse aux néphrites de guerre tout caractère vraiment spécial et pathognomonique.

En France enfin, dès novembre 1915, Parisot et Ameuille signalaient l'apparition d'un grand nombre de néphrites aiguës. Puis Ameuille les étudia à nouveau au cours de 1916. Il s'est particulièrement attaché à décrire les formes azotémiques qui ne furent qu'exceptionnellement signalées dans les autres armées en ligne. En 1917, les travaux furent plus nombreux : il convient de citer ceux de Gaud et Mauriac, Sorel, J. Teissier, Lambry et Marre, Trémolières et Caussade, Salomon et Neveu, J.-F. Martin et Boulangier, Pehu, Daguet et Martin.

Deux opinions furent soutenues : pour les uns, les néphrites de guerre méritent une place spéciale dans la nosologie médicale ; pour les autres, au contraire, rien ne justifie une telle individualisation.

## ETIOLOGIE

Les facteurs étiologiques qui ont été incriminés pour expliquer le développement de ces néphrites pendant la guerre, sont extrêmement nombreux. Nous allons, très impartialement les exposer tous à tour de rôle, en considérant toutefois :

1° Des facteurs non spécifiques ;
2° Des facteurs spécifiques.

Dans une troisième partie, nous discuterons la réalité du rôle attribué à chacun d'eux.

### 1° *Facteurs non spécifiques*

*a*) Les causes prédisposantes sont, bien entendu : la débilité rénale, l'alcoolisme, les atteintes antérieures de néphrite ou les crises d'albuminurie ayant laissé dans le parenchyme rénal des cicatrices. Il faut citer encore : l'artério-sclérose, les conditions de la vie des troupes en campagne, et parmi celles-ci : la fatigue et le surmenage.

*b*) Les causes déterminantes sont d'abord la plupart des maladies infectieuses : scarlatine, diphtérie, rhumatisme articulaire aigu ou autre, entérite dysentériforme, ecthyma angine, abcès amygdaliens.

Il faut citer ensuite, des facteurs d'ordre physique, tels que l'humidité, le froid, les intempéries.

A côté de ceux-ci viennent des facteurs d'ordre hygiénique : malpropreté de la peau, parasitisme cutané, usage de préparations antipédiculaires à base de naphtaline et de crésyl.

Dans le même ordre d'idées se présentent les causes alimentaires : irrégularité des repas, abus de l'alimentation carnée, abus du sel, avitaminose (Albee et Schlesinger), alcool, eau javelisée, boîtes de conserve (par le plomb que le métal renferme).

Enfin, nous signalerons, l'infection par un microbe ou un parasite banal : série typhique et dysentérique ; coli (Klein et Pulay) ; paratyphoïde (Gaud et Mauriac) ; streptocoque (Porget et Archaff, Fahr, Volhard) ; pneumocoque (Mauwerck) ; syphilis, tuberculose (Herxheimer).

### 2° *Facteurs spécifiques*

Chiari a tout d'abord cité la vaccination antityphoïdique.

M. Wallés, notant le pouvoir hypertoxique des urines et du sérum sanguin, même après filtration à travers des sacs de collodion, se demande si la maladie n'est pas causée par un virus filtrant.

Parisot et Ameuille ont invoqué une infection cryptogénétique.

Enfin, deux auteurs français, MM. Salomon et Neveu, ont publié, en mars 1917, des recherches entreprises pour déceler au cours des néphrites aiguës la présence de l'agent pathogène découvert par Inada et Ido dans la spirochétose ictéro-hémorragique. Après avoir examiné à ce

point de vue les urines d'un certain nombre de malades, ils ont pu déceler trois fois seulement le spirochète.

3° *Critique de ces différentes théories étiologiques*

Pehu, Daguet et Martin, dans un article consacré à cette question, écrivent :

« En compulsant les travaux publiés dans les différents pays et particulièrement en Angleterre et en Allemagne, on relève cette particularité qu'il n'existe pas à propos de l'étiologie des recherches systématiquement entreprises. La plupart sont fragmentaires et beaucoup d'auteurs formulent des hypothèses sans les étayer par des preuves convaincantes ».

Nous souscrivons entièrement à une semblable opinion.

Pour arriver à des conclusions plus précises et mieux établies, il faudrait se livrer systématiquement à deux sortes de recherches : les unes portant sur le sang, les autres sur les urines.

Sans doute, des hémocultures ont été entreprises. Herxheimer signale que, dans la néphrite de guerre, l'étude bactériologique n'a conduit à la découverte d'aucune bactérie. Pour M. Ameuille, également, les recherches de ce genre ont été infructueuses. (*Annales de médecine*, 1916, p. 298.)

Quant à l'étude de la teneur en micro-organisme de l'urine, elle se heurte à des difficultés plus grandes encore. C'est qu'en effet, dans les voies urinaires, vivent et se multiplient à l'état normal, bien des espèces saprophytes et pathogènes : on ne peut donc affirmer leur rôle.

Dans cet ordre d'idées, Schneyer rapporte que, dans un cas de néphrite, trois prélèvements ont été faits à trois jours de distance ; ils avaient permis d'établir bactériologiquement la présence de streptocoques. Or, une prise d'urine, obtenue par cathétérisme des uretères, se révéla complètement stérile.

Donc nous retenons de cette étude, que beaucoup d'hypothèses ont été formulées, mais que dans le groupe important des travaux publiés tant en France qu'à l'étranger, ne se détache pas avec évidence, cette notion que ces néphrites sont causées par un agent morbide constamment rencontré et toujours identique à lui-même.

## ETUDE CLINIQUE

Nous distinguerons dans cette étude: une phase aiguë et une phase chronique.

### 1° *Phase aiguë*

Dès le mois de janvier 1916, les divers auteurs qui se sont occupés de la question, ont décrit avec détails les symptômes initiaux (céphalée, apathie, nausées, vomissements), puis les signes révélateurs: oligurie ou anurie passagères avec anasarque, urines riches en albumine, souvent hématurique et renfermant en général des cylindres. La plupart des auteurs signalent l'hypertension artérielle, les complications urémiques. Ils considèrent l'affection comme bénigne; l'évolution comme presque toujours favorable.

Pour M. Bradford, les caractères distinctifs de ces néphrites sont la fugacité des œdèmes, pour d'autres, la fréquence de ces mêmes œdèmes, des hématuries, la rareté des complications et la bénignité de l'évolution.

En mars 1916, dans le *Proceedings of the Royal Society of Medicine,* M. Wallis a essayé de dresser un tableau comparatif des caractères de la néphrite des tranchées et de la néphrite scarlatineuse. La seule différence résiderait dans

la dyspnée, constatable dans la néphrite de guerre et absente dans la néphrite scarlatineuse.

En Allemagne et en Autriche, Schneyer est frappé par la prédominance des formes hémorragiques. C'est le seul trait caractéristique qu'on relève dans son exposé.

Pour Jungmann, les symptômes pathognomoniques et originaux, sont: la brusquerie d'apparition des œdèmes, leur abondance, leur discordance parfois considérable avec les symptômes rénaux.

En France, c'est surtout aux travaux de Ameuille, qu'il convient de se reporter. Cet auteur a décrit deux grandes variétés cliniques: la néphrite avec anasarque dont l'étude clinique peut être calquée sur celle de la néphrite à frigore classique, et la néphrite azotémique dont les caractères essentiels sont: l'élévation notable du taux de l'urée sanguine et l'absence des œdèmes.

En somme, après avoir consulté les opinions des différents auteurs, on est bien obligé d'arriver à la conclusion suivante: « Les caractères cliniques assignés par les auteurs aux « néphrites de guerre » sont très vagues, estompés, et l'on éprouve une difficulté grande à leur conférer une individualité réelle ».

En effet, la fréquence des hématuries par exemple, n'a rien de spécial.

Elles sont fréquentes dans les néphrites scarlatineuses par exemple, et les néphrites pneumoniques. On ne saurait également considérer comme caractère distinctif, le fait que les symptômes ont une allure fugace; on sait en effet que, cliniquement, beaucoup de néphrites aiguës sont éphémères.

### 2° *Phase chronique*

Ici encore, la phase aiguë terminée, les néphrites de guerre se comportent d'une façon rigoureusement identi-

que à ce qu'on a coutume de constater dans les néphrites habituellement observées. Certaines de ces néphrites guérissent cliniquement; d'autres sont prolongées par une phase d'albuminurie persistante, en général peu élevée, susceptible d'augmenter dans des conditions déterminées. Ce sont des albuminuries simples, sans retentissement cardiovasculaire, sans hypertrophie cardiaque et avec tension artérielle normale.

---

## ANATOMIE

ET

## HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Ici, comme dans les chapitres précédents, la question qui doit se poser est la suivante : « Existe-t-il des lésions, du rein ou d'autres organes, spéciales à ces néphrites, et permettant de les différencier anatomiquement des néphrites connues et observées jusqu'alors? »

Avant d'aller plus avant dans cet exposé, disons que le nombre des observations comportant une étude anatomo-pathologique est très restreint. Tandis que les auteurs se sont longuement étendus sur l'étiologie, la symptomatologie et le pronostic de ces néphrites, ils ont souvent passé sous silence l'étude des lésions anatomiques.

C'est qu'en effet, en dehors des conditions très défavorables dans lesquelles on se trouvait en général au point de vue laboratoire, la maladie en elle-même guérit très fréquemment.

Ici, comme pour l'étude clinique, nous distinguerons un chapitre traitant des cas aigus, et un chapitre traitant des cas chroniques. Mais, en outre, dans une troisième partie, nous étudierons les altérations anciennes qui sont antérieures à l'évolution de la néphrite aiguë.

1° *Les lésions observées dans les cas aigus*

Ce qui a tout d'abord frappé les différents auteurs, c'est la pâleur fréquente des téguments au moment de l'autopsie. Deux auteurs: Davies et Weldon, ont même signalé une sécheresse particulière de la peau coexistant avec les apparences d'une anémie profonde.

Il faut ensuite signaler l'anasarque s'accompagnant ou non d'ascite et d'hydrothorax (Herxheimer: huit cas sur onze).

A l'appareil respiratoire, on peut trouver de la laryngite aiguë ou de la trachéite. Les poumons peuvent présenter tous les stades d'inflammation: tantôt on constate de la simple bronchite, tantôt des hépatisations étendues.

Citons toutefois que W.-H. Dunn a vu, dans les bronches, une lésion qu'il tendrait à considérer comme particulière aux cas qui font l'objet de cette étude: les grosses bronches, la terminaison des bronchioles et les infundibula ont un épithélium proéminent et recouvert d'une couche de fibrine dense, comme si les malades avaient respiré des gaz irritants.

L'œdème pulmonaire a été également décrit.

Le cœur présente une dilatation des deux ventricules, tandis que le péricarde peut être le siège d'un épanchement mécanique ou inflammatoire.

Du côté de l'appareil digestif, on a signalé des suffusions sanguines dans la muqueuse de l'intestin grêle, tandis que le foie présente les caractères du foie infectieux. La rate présente une hypertrophie molle, traduite histologiquement par une simple hyperplasie de la pulpe. Enfin Davies et Weldon parlent d'une hypertrophie habituelle

des capsules surrénales, en particulier de leur substance corticale, répondant à une surcharge graisseuse des cellules.

Pour terminer, disons qu'on a pu constater du côté du système nerveux, des lésions d'œdème des méninges et d'hémorragie cérébrale.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant à étudier, c'est incontestablement les lésions des reins.

Au stade de début, les lésions sont aussi minimes que possible. Le volume des reins est normal, leur consistance également. La décapsulation se fait très facilement; c'est tout au plus si la coupe montre un léger degré de congestion.

Plus tard, les reins sont nettement augmentés de volume, tandis que la consistance est devenue molle. Le réseau veineux est nettement dessiné, et les suffusions sanguines sont fréquentes.

A la coupe, la substance médullaire rouge foncé, apparaît nettement sur la substance corticale qui est beaucoup plus pâle.

« Souvent, à jour frisant, apparaissent en légères saillies, de petits nodules gros comme des grains de mil, translucides ou gris jaunâtre, mais jamais rouges ». (W.-H. Dunn).

« Ils ont l'aspect de nodules tuberculeux » (Ameuille).

Au point de vue histologique dans quelques cas exceptionnels, l'examen microscopique ne décèle rien; il n'y a point de lésions rénales.

Le plus souvent, on trouve des altérations. Les constatations faites par les différents auteurs, sont ici très divergentes: tantôt ce sont les lésions du tissu glandulaire qui sont prépondérantes, tantôt ce sont les lésions interstitielles, tantôt les altérations des deux tissus sont parallèles.

Andrewes a publié le compte rendu d'une autopsie: il n'y avait aucune infiltration interstitielle; les glomérules étaient indemnes; il y avait simplement un léger gonflement de l'épithélium tubulaire avec un peu d'irrégularité dans la hauteur des cellules et un peu de dilatation des vaisseaux.

Davies et Weldon trouvent des lésions des tubes urinifères, à l'exclusion de toute autre altération. Les néphrites de guerre sont des « tubularites pures ».

Herxheimer prétend que la véritable lésion est celle des glomérules. Les pelotons glomérulaires sont hyperplasiés, infiltrés de leucocytes; les capillaires sont épaissis, tout en contenant peu de sang. Il n'y a pas de processus inflammatoire dans le tissu interstitiel; le parenchyme des tubes est atteint au minimum. C'est ici de la « glomérulite pure ».

W.-H. Dunn trouve, lui, le tissu interstitiel indemne, mais les tubes urinifères et les glomérules sont également touchés. Le néphrite de guerre est devenue une « glomérulo-tubularite ».

Mais il y a mieux: Ameuille étudie six cas précoces. Ici ce sont les lésions interstitielles qui sont prépondérantes. C'est d'abord de l'œdème qui écarte les éléments glandulaires, c'est de la congestion vasculaire, c'est surtout la présence « d'amas de globules blancs en foyers, amas formés de polynucléaires, plus ou moins dégénérés, et en beaucoup moins grand nombre de macrophages, de cellules plasmatiques et aussi de cellules assez volumineuses à noyau pycnotique, à protoplasma homogène et fortement acidophile qui sont des débris de la paroi tubulaire ». Les glomérules et les tubes sont presque toujours intacts.

Enfin, pour Sundell, Mankivelle et Pick, il s'agit de glomérulo-néphrites mixtes, portant sur tous les éléments du rein: tissu glandulaire, tissu interstitiel et vaisseaux.

2° *Les lésions observées dans les cas subaigus et chroniques*

Dans ces cas là les lésions ne diffèrent nullement des lésions des néphrites ordinaires. Nous retrouvons ici le gros rein blanc et le petit rein rouge.

Au microscope, la capsule est épaissie, infiltrée de cellules inflammatoires, les glomérules avec l'épithélium du bouquet vasculaire, hyperplasié, certaines de ces cellules se détachant progressivement et prenant l'aspect en raquettes; les cellules rondes, abondantes. Les cellules de la capsule de Bowmann sont augmentées de volume, devenues cubiques, formant des croissants qui rétrécissent peu à peu la cavité glomérulaire remplie de fibrine graisseuse et de globules rouges; le glomérule est entièrement sclérosé, tandis que d'autres glomérules assurent le rôle de suppléance. Les tubes urinifères sont affaissés et groupés par ilôts. En somme, c'est le tableau banal de la néphrite diffuse plus ou moins avancée.

3° *Les altérations antérieures à la néphrite aiguë*

Presque tous les auteurs (Rose Bradford, Andrewes, Ameuille) ont décrit, à côté de modifications récentes, des lésions anciennes plus ou moins discrètes, mais incontestables.

« C'est tantôt un coin de tissu scléreux, dense, peu nucléé, à point de départ capsulaire, s'enfonçant dans la substance corticale et étouffant quelques glomérules et quelques tubes urinifères. Ou bien ce sont de petits ilôts discrets de cette même sclérose dense, disséminés dans un paren-

chyme rénal récemment atteint par ailleurs. Ce sont encore des artérioles à paroi épaissie, sclérosée ».

Ce sont en somme des reins anatomiquement prédisposés à la néphrite.

En somme de tout cet exposé, il faut conclure que les néphrites de guerre, à leur début, sont essentiellement variables, tandis que leurs lésions se ressemblent beaucoup à l'état chronique.

Aucune des lésions ci-dessus décrites, ne constitue une nouveauté histologique. Il n'y a pas de lésions propres à cette affection, pas d'altérations spécifiques.

## LA NEPHRITE DE GUERRE CONSTITUE-T-ELLE UNE ENTITE NOSOLOGIQUE DISTINCTE?

Depuis notre étude historique, nous savons déjà que plusieurs opinions sont en présence.

Dans un premier groupe, les auteurs anglais, allemands et autrichiens, et en France: Ameuille, Gaud, Sorel considèrent qu'il y a lieu d'accorder à la néphrite de guerre une individualisation.

Par contre, Silvestri, J. Teissier, Laubry et Marre, Moret, croient qu'il ne faut plus en faire une entité nosologique distincte.

Pour pouvoir entrer dans la discussion, il faut tout d'abord délimiter le cadre clinique et étiologique de la néphrite de guerre. Il faut en somme éviter de tomber dans les cas de néphrites banales et exiger que la maladie survienne avec une allure en apparence primitive.

En réalité, nous ne croyons pas que la néphrite de guerre constitue une maladie spéciale. La symptomatologie ne présente aucune particularité réelle. Pas plus la dyspnée que la fréquence des hématuries, ne permettent d'établir une nouvelle entité nosologique.

Il existe également une analogie très nette entre les résultats fournis par quelques examens histologiques prati-

qués dans des néphrites de guerre et celles que l'on admet pour les néphrites banales.

Quant à l'étiologie, elle apporte bien des hypothèses, mais pas de certitude. Il est, à l'heure actuelle, impossible d'indiquer quel est l'agent causal, spécifique, des néphrites de guerre.

## CONCLUSIONS

Les néphrites médicales observées sur les troupes en campagne des différentes armées belligérantes, ont été incontestablement plus nombreuses qu'à l'état ordinaire.

Mais il n'est en aucune façon prouvé que la néphrite dite de guerre doive être considérée comme une entité nosologique distincte.

En effet :

1° Dans les travaux publiés ne se détache pas cette notion, qu'au point de vue étiologique, ces néphrites sont causées par un agent morbide constamment rencontré et toujours identique à lui-même.

2° Les caractères cliniques sont très vagues et ne suffisent pas à présenter une individualité réelle.

3° Au point de vue histologique, il n'existe pas une lésion spécifique de la néphrite de guerre.

## BIBLIOGRAPHIE


Ameuille. — Les néphrites de guerre. Fasc. 5 de la *Revue générale de pathologie de guerre,* Paris, 1917.

Albu et Schlesinger. — Uber Nievenerkrankungen bei Kriegstheilnehmern. *Berlin. Klin. Wochenschrift,* 7 février 1916, p. 130.

Costa et Troisier. — La spirochétose ictéro-hémorragique. *Revue générale de pathologie de guerre,* fasc. 6 1917.

Ciovinj. — Congresso della Societa italiana per il progresso della scienze, avril 1917.

Davies et Weldon. — Néphrites de guerre. *The Lancet,* 28 juillet 1917.

Dunn. — Medical Society of London, séance du 13 novembre 1916, in *The Lancet,* 18 nov. 1916.

Giugui. — *Il Policlinico,* 5 août 1917, fasc. 32, p. 977.

Herxheimer. — *Deutsche Medizin. Wochenschrift,* 1916, n$^{os}$ 29, 30, 31 et 32.

Laubry et Marre. — Organisation et fonctionnement d'un service de néphrites dans un centre de secteur médical.

Kindberg (Léon). — Etude sur le rein des tuberculeux. *Thèse de Paris,* 1913.

Martin et Boulangier. — Société médico-chirurgicale militaire de la XIV$^{e}$ région, séance du 19 juin 1917, in *Lyon médical,* oct. 1917, p. 466.

Mazel. — *Thèse de Lyon*, 1913.

Moret. — *Archives médicales belges*, n° 11, novembre 1917. Analysé in *Presse médicale*, 24 juin 1918, p. 325.

Péhu et Daguet. — *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, octobre 1917.

Péhu, Daguet et Martin (J. F.). — Réunion médico-chirurgicale de la VII région, 11 avril 1918.

— *Lyon médical*, août 1918.

— *Journal médical français*, juillet 1918.

Pick. — Verein deutscher Aertze in Prag. In *Münch. Med. Wochenschrift*, 1916, n° 5, p. 168.

Silvestri. — La néphrite chez les combattants. *Il Policlinico*, n° 32, 5 août 1917.

Sorel. — *Paris Médical*, 23 juin 1917.

Sundell et Naurivelle. — *The Lancet*, 15 septembre 1917, p. 414.

Teissier (J.). — Académie de médecine, 26 juin 1917, p. 816

— Société médico-chirurgicale militaire de la XVI° région, 19 juin 1917, in *Lyon médical*, 1917, p. 468.

Trémollières et Caussade. — *Annales de médecine*, janvier-février 1917.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 15 décembre 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 15 décembre 1920.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*